



TITLE:

術後全身轉移ヲ來セル後腹膜腔性
Hypernephromノ1例 特ニソノ「イ
ムペヂン」現象ノ立證ニ就テ(臨床)

AUTHOR(S):

渡邊, 三喜男

CITATION:

渡邊, 三喜男. 術後全身轉移ヲ來セル後腹膜腔性Hypernephromノ1例 特ニソノ「イムペヂン」現象ノ立證ニ就テ(臨床). 日本外科宝函 1941, 18(2): 487-496

ISSUE DATE:

1941-03-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205239>

RIGHT:

臨

床

術後全身轉移ヲ來セル後腹膜腔性 Hypernephrom ノ 1 例, 特ニソノ「イムペヂン」現象ノ立證ニ就テ

京都帝國大學醫學部外科學教室第二講座(青柳教授)

副 手 醫 學 士 渡 邊 三 喜 男

Über einen Fall von retroperitonealem Hypernephrom, insbesondere über den Nachweis seiner Impedinerscheinung.

Von

Dr. Mikio Watanabe

[Aus d. II. Kais. Chir. Universitätsklinik Kyoto
(Direktor: Prof. Dr. Y. Aoyagi)]

Es handelte sich hier um einen sehr seltenen Fall von retroperitonealem Hypernephrom, dessen Metastasen sich, nach der Operation, am ganzen Körper bildeten.

Klinische Beobachtungen

Pat., K. M. 56jährige Frau, aufgenommen in die Klinik am 15. Mai 1940 wegen schmerzlosen Bauchtumors und starker Abmagerung.

Anamnese: Vor 15 Jahren bemerkte die Pat. zufällig einen schmerzlosen hühnereigrossen Tumor auf der r. Bauchseite, welcher aber für lange Zeit sich selbst überlassen wurde, weil er ganz beschwerdelos war. Trotzdem ist der Tumor immer grösser geworden, und seit diesem Februar klagte die Patientin über dumpfe Schmerzen an der rechten Bauchseite und seit April über neuralgische Schmerzen im Rücken.

Appetitlosigkeit und Abmagerung sind sehr deutlich. Infolge der allgemeinen Schwäche war ihr das Gehen nicht mehr möglich.

Magenbeschwerde, Haematurie, Harnverhaltung und schwärzliche Stühle niemals konstatierbar, aber seit Mitte April setzte Incontinentia alvi ein.

Status praesens (am 15. Mai 1940): Eine mittelmässig stark gebaute Frau im herabgesetzten Ernährungszustand. Puls ca. 80 pro Minute, regelmässig, gut gespannt, nicht klein. Kein Körpertemperaturanstieg. Lungen und Herz ganz in Ordnung. Nirgends Oedem.

Bauch im allgemeinen weder aufgetrieben noch eingesunken. Abnorme Venendilatation sowie peristaltische Unruhe an der Bauchwand nicht nachweisbar, aber eine kindskopfgrosse circumscribte Auftreibung auf der rechten Bauchseite dicht unter dem Rippenbogen sichtbar und auch eine daumenkuppengrosse dicht unter dem linken.

Palpatorisch Défense musculaire und Blumberg'sches Symptom nirgends nachweisbar,

jedoch fand man einen ungefähr die ganze r. Bauchseite einnehmenden kuglichen Tumor (Diameter ca. 10 cm), welcher eine glatte Oberfläche, elastisch weiche Konsistenz und leichtgradige Druckempfindlichkeit zeigte.

Perkutorisch darüber gedämpft. Fluktuation nach allen Seiten nachweisbar.

Der linke Tumor ist daumenkuppengross und elastisch derb, aber nicht druckempfindlich, und die Oberfläche ist glatt. Keine Fluktuation nachweisbar. Der Tumor sitzt subcutan.

Bei der Analuntersuchung war die Ampulla recti normal erweitert. Der Douglas'sche Raum nicht druckempfindlich und kein Tumor da.

Haemogramm: Erythrozytenzahl 3,750,000 Hb - Gehalt 76 % nach Sahli, neutrophile Leukozyten 85,0 %.

Leichtgradige hypochrome Anaemie und Leukozytose.

Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen (nach Westergreen) war 48 mm.

Urin und Kot: Ohne pathologische Befunde.

Mantoux'sche Reaktion negativ.

Wassermann'sche Reaktion und Sachs-Georgi'sche Reaktion des Bluteserums: negativ.

Als Befund der Röntgenuntersuchung ist folgendes zu bemerken:

i. Der rechte grosse Tumor verdrängt Duodenum sowie andere Gedärme nach links, besonders am Flexura hepatica coli ist das am deutlichsten, und Colon ascendens umgreift den Tumor in der Mitte.

ii. Entlang des unteren Pols des Tumors zeigt sich eine randständige Verkalkung.

iii. Das retrograde Pyelogramm zeigt den vom rechten Tumor nach links verdrängten bogenförmigen Ureter.

An Hand der obenerwähnten klinischen und radiologischen Befunde kann man ersehen, dass dieser Tumor cystisch und von retroperitonealer Natur ist.

Klinische Diagnose: Retroperitonealer cystischer Tumor mit Hautmetastase.

Operation (am 24. Mai 1940): Bei Öffnung des Bauches im Bogenschnitt über dem Tumor fand sich ein kindskopfgrosser cystischer Tumor im Retroperitonealraum, welcher mit dem Peritoneum stark verwachsen war, aber nicht mit Niere und Ureter.

Nach der Punktion, bei welcher eine dicke bräunlich gelbe Flüssigkeit austrat, wurde ein kleiner Schnitt auf die vordere Wand des Tumors gesetzt und die dicke, bräunlich-gelbliche teigige Substanz entleert. Der Tumor war monolobulär.

Auf der unteren Hälfte der Tumorwand hatte Kalkablagerung eingesetzt.

Nach Ablösung der Verwachsung wurde der Tumor exstirpiert und die Operationswunde teils geschlossen, teils offen gelassen.

Auch der linke subcutane Tumor wurde leicht exstirpiert. Er war rötlich, bräunlich, blutreich und in der Mitte nekrotisch.

Histologisch erwies sich der linke Tumor als typisches Hypernephrom, in welchem Glykogen und Lipoidgranula nachgewiesen wurden.

Die Wand des rechten Tumors bestand fast vollständig aus Bindegewebe, dessen Zellele-

mente aber eine nahe Verwandtschaft mit denen des Hypernephroms zeigten.

Der rechte Tumor war nichts anderes als eine durch Zentralnekrose des Hypernephroms verursachte Zyste. Im allgemeinen hat das Hypernephrom eine starke Neigung zur Zentralerweichung.

Biologisch wurde die Impedinerscheinung im linken Tumor deutlich nachgewiesen.

Auch durch Sternalpunktion nach dem Verfahren Prof. Katsunumas konnten wir die Anrengung der Neutropoese und Plasmazytose nachweisen.

Verlauf nach der Operation: Am 6. Tage nach der Operation bemerkte man eine klein-fingerkuppengrosse subcutane Metastase dicht unter dem r. Rippenbogen, welche sich histologisch als typisches Hypernephrom erwies, und am 12. Tage fanden sich 7 Hautmetastasen an Brust, Rücken und Oberschenkel und am 20. Tage waren 21 Metastasen vorhanden. Am 32. Tage Exitus letalis wegen allgemeiner Erschöpfung.

Sektionsbefund des Bauches: Kein Ascites, aber mehrere miliargrosse Metastasen in Leber, Gallenblase, Dünndarm, Mesenterium, den beiden Nieren und dem Peritoneum waren nachweisbar.

Histologisch erwiesen sich alle Metastasen als Hypernephrome.

Résumé

Bei unserem Fall handelte es sich um einen sehr seltenen im Retroperitoneum entstandenen Hypernephrom mit Hautmetastasen am ganzen Körper.

Auch im Hypernephrom konnten wir die Impedinerscheinung deutlich nachweisen.

Auf Grund dieser Tatsachen fühlen wir uns zur Behauptung berechtigt, dass die Ursache dieses Tumors mikrobiotisch sein muss. (Autoreferat)

第1章 緒 言

腎臟=發生セル Hypernephrom = 關シテハ從來屢々報告セラレ、其ノ診斷モ比較的容易ナリ。反之 Hypernephrom ガ腎臟以外例ヘバ副腎、甲狀腺、後腹膜腔及ビ肝臟等=原發スルコトハ甚ダ稀有ナルノミナラズ、早期=於テ的確=之ガ診斷ヲ下スコトモ亦至難ナリ。

1883年 Paul Grawitz¹⁰⁾ハ、腎臟=於ケル所謂脂肪腫ノ多クハ副腎迷芽ヨリ發生セル特殊ノ腫瘍=シテ、マタ彼以前= Klebs, Strum 及ビ Sabourin 等ガ腎臟腺腫トシテ記載セルモノノ多クハ此ノ種=屬スベキモノトナシ、之ヲ Struma suprarenalis aberrata ト命名セリ。爾來此ノ腫瘍=就キ、相次デ業績發表セラレ、其ノ主ナルモノヲ舉グレバ、Chiari, Beneke⁶⁾, Horn, Marchand²⁰⁾, Askanazy⁴⁾, Schmol, Busse⁵⁾, Gatti, Buday, Lubarsch^{15), 16)}, Ulrich, Kelly, Neuhäuser, Sabolotnow²³⁾, Winkler, Steinke, Kostenko¹⁴⁾等=シテ、就中 Lubarsch ハ特=精細ナル研究ヲ遂ゲタリ。斯クテ本腫瘍ハ Grawitz 氏腫瘍ト名付ケラレタルガ、其ノ後 Busch-Hirschfeld⁷⁾ノ提議=依リテ Hypernephrom ナル名稱ガ廣ク使用セラルル様=ナリタリ。

本腫瘍ノ本態並=起元論=就キテハ、Grawitz ノ副腎迷芽說=多數ノ賛成者ヲ出セルモ、尙

Sudeck, Störk, Trotter, Jelle ノ如ク之ヲ腎臟腺腫ナリトナスモノ、或ハ Willson 及ビ Willis ノ如ク Wolff 氏小體ノ遺殘體ヨリ發生セルモノトナスモノ、又 Gelle, Rost²²⁾, Rosenfeld²³⁾ 等ノ如ク此等ノ中間說ヲ説フルモノ等、諸說紛々トシテ論議ノ歸一スル所ヲ知ラザルナリ。

余等ハ最近偶々右側後腹膜腔ニ發生セル Hypernephrom ノ1例ニ遭遇シ、精細ナル組織學的検査ニ依リ之ガ診斷ヲ確定シ、又腫瘤ノ「イムペヂン」現象ヲ検査シ、更ニ術後發生セル皮膚轉移ノ發生様相ヲ凝視シ、加フルニ死後腹部剖檢ヲ行ヒ等シテ、本疾患ノ本態ヲ闡明セント努メタリ。

即チ本報告ガ Hypernephrom 研究ノ一資料トモナルヲ得バ幸甚ナリ。

第2章 臨床記錄

患 者：松〇き〇、56歳、女(昭和15年5月15日入院、同6月25日死亡)。

主 訴：右腹側ニ於ケル無痛性腫瘤並ニ羸瘦。

遺傳歴：母親ガ肺結核ニテ死亡セル他特記スベキコト無シ。

既往歴：33歳ノ時蟲様突起炎ヲ經過セル他著患ヲ知ラズ。28歳ノ時現在ノ夫ト結婚セルモ不妊ナリ。42歳ノ時月經閉止シ、花柳病ヲ否定ス。酒、煙草ヲ嗜マズ。

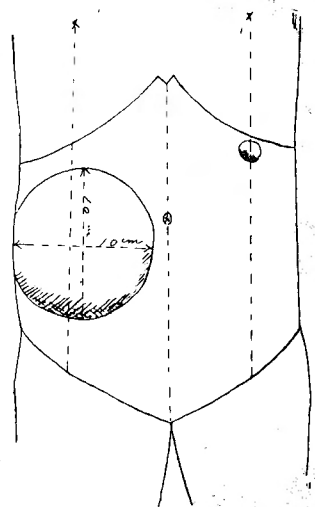
現病歴：約15年前右腹側ニ鶏卵大ノ無痛性腫瘤アルニ氣付ケルモ、他ニ自覺症無キママ放置セル所、腫瘤ハ次第ニ其ノ大サヲ増シ、本年2月ヨリ腹部ニ鈍痛ヲ來シ、4月中旬ヨリ脊部ニ神經痛様疼痛アリ、腫瘤ハ最近急激ニ増大シテ、食慾不振、羸瘦著シク、起床不能トナレリ。發病來胃症狀ヲ來セシコト無ク、マタ血尿、尿閉並ニ糞便ノ黑變ヲ來セシコトモ無シ。4月中旬ヨリ大便失禁セリ。

現 症(昭和15年5月15日入院所見)：體格中等大、骨格尋常、著シク羸瘦シ、筋肉及皮下脂肪組織ノ發育不良ナリ。顔貌稍々苦悶狀ヲ呈シ、皮膚並ニ可視粘膜ニ貧血無ク、黃疸色モ認メズ。瞳孔ハ左右同大ニシテ對光反應迅速、舌ハ乾燥シ、乳頭ハ著シク退行シテ、平滑光輝アル粘膜面ト化セリ。脈搏1分時80、緊張良、整正。胸部臟器ニ異常無シ。四肢ニ畸形無ク、膝蓋腱反射正常、頸部、腋下並ニ鼠蹊部淋巴腺ニ腫脹ヲ認メズ。脊柱ハ全體ニ輕キ強直アルモ、側彎、龜脊、叩打痛ヲ證明セズ。肛門ハ括約筋ノ弛緩ニ依リ半開シ、3時、6時、9時ノ粘膜ニ裂創アリテ出血ス。内診ヲ行ヘバ、子宮體ハ示指頭大ニ萎縮シ、兩側附屬器ノ觸診シ得ズ。子宮腔部ニ異常無シ。

第1圖 腫瘤ノ位置及大サ

局所所見：腹部ハ一般ニ弛緩陷沒シ、右腹側肋骨弓下ニ小兒頭大ノ膨隆アリ。被蓋皮膚ニ靜脈ノ怒張、發赤並ニ異常色素ノ沈着ヲ認メズ。左肋骨弓直下、左中鎖線上ニハ拇指頭大ノ膨隆アリ、被蓋皮膚ニ異常ヲ認メズ(第1圖參照)。蠕動不穩ヲ認メズ。觸診スルニ、右側腫瘤ハ局所ノ溫度上昇無ク、横徑縱徑共ニ約10cm.ノ球形ヲ呈シ、周圍トノ境界劃然タリ。上界ハ右中鎖線上ニ於テ肋骨弓下約2cm.、下界ハ臍下約7cm.、中央内側線ハ正中線ヨリ約1cm.右方ナリ。硬度ハ彈性軟、下緣ノミ彈性硬ナリ。表面ハ平滑。腫瘤ハ移動性不良ニシテ、呼吸性移動無ク、著明ナル波動ヲ證明シ、中央部ニ壓痛アリ。左側肋骨弓下ノ拇指頭大腫瘤ハ皮下ニ存シ、彈性硬、皮膚及ビ周圍組織トノ移動性良好ナリ。波動ヲ證明セズ。腹部一般ニ Défense musculaire、腹水ヲ證明セズ、Skybalaヲ滿セリ。肝、脾ヲ觸レズ。右腎ハ腫瘤ト別個ニ觸レ、壓痛無シ。左腎ハ觸レズ。

血液検査(第1表參照)：輕度ノ hypochrome Anaemicアリ、赤血球ニ異常無シ。稍々強キ白血球增多ト中性嗜好過分核白血球多數アリ、



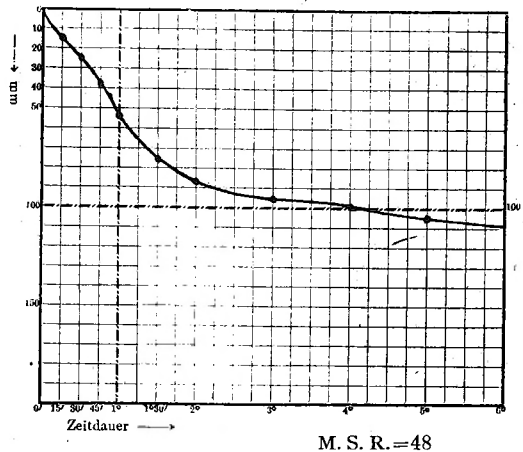
第1表 血液像

Erythrozytenzahl	375 × 10 ⁴				
Hb (Sahli)	76%				
Faerbeindex	0,94				
Leukozytenzahl	12.050				
<hr/>					
Arten	%				
<hr/>					
Neutrophile Zellen :	85.0				
<hr/>					
Eosinophile Zellen :	0				
<hr/>					
Basophile Zellen :	0				
<hr/>					
Lymphocyten	<table><tr><td>Mikro.</td><td>7.5</td></tr><tr><td>Makro.</td><td>3.0</td></tr></table>	Mikro.	7.5	Makro.	3.0
Mikro.	7.5				
Makro.	3.0				
	10.5				
<hr/>					
G. Mono u. Uebergang	4.5				
<hr/>					
(1.) Kernverschiebung nach Schilling (r.)					
<hr/>					
Myelo.	Metamyelo.	Stab.	Segment.		
0	0	25.0	60.0		

殊 = Arneth ノ第Ⅳ型, 第Ⅴ型モ多數見ラル。

赤血球沈降速度: 強度 = 促進ス(第2表参照)。

第2表 赤血球沈降速度 (nach Westergreen)



尿検査: 黄色, 透明, 中性, 比重1021ニシテ蛋白反應及ビ糖反應共ニ陰性, Gmelin 氏, ¹「²「³「⁴「⁵「⁶「⁷「⁸「⁹「¹⁰「¹¹「¹²「¹³「¹⁴「¹⁵「¹⁶「¹⁷「¹⁸「¹⁹「²⁰「²¹「²²「²³「²⁴「²⁵「²⁶「²⁷「²⁸「²⁹「³⁰「³¹「³²「³³「³⁴「³⁵「³⁶「³⁷「³⁸「³⁹「⁴⁰「⁴¹「⁴²「⁴³「⁴⁴「⁴⁵「⁴⁶「⁴⁷「⁴⁸「⁴⁹「⁵⁰「⁵¹「⁵²「⁵³「⁵⁴「⁵⁵「⁵⁶「⁵⁷「⁵⁸「⁵⁹「⁶⁰「⁶¹「⁶²「⁶³「⁶⁴「⁶⁵「⁶⁶「⁶⁷「⁶⁸「⁶⁹「⁷⁰「⁷¹「⁷²「⁷³「⁷⁴「⁷⁵「⁷⁶「⁷⁷「⁷⁸「⁷⁹「⁸⁰「⁸¹「⁸²「⁸³「⁸⁴「⁸⁵「⁸⁶「⁸⁷「⁸⁸「⁸⁹「⁹⁰「⁹¹「⁹²「⁹³「⁹⁴「⁹⁵「⁹⁶「⁹⁷「⁹⁸「⁹⁹「¹⁰⁰「¹⁰¹「¹⁰²「¹⁰³「¹⁰⁴「¹⁰⁵「¹⁰⁶「¹⁰⁷「¹⁰⁸「¹⁰⁹「¹¹⁰「¹¹¹「¹¹²「¹¹³「¹¹⁴「¹¹⁵「¹¹⁶「¹¹⁷「¹¹⁸「¹¹⁹「¹²⁰「¹²¹「¹²²「¹²³「¹²⁴「¹²⁵「¹²⁶「¹²⁷「¹²⁸「¹²⁹「¹³⁰「¹³¹「¹³²「¹³³「¹³⁴「¹³⁵「¹³⁶「¹³⁷「¹³⁸「¹³⁹「¹⁴⁰「¹⁴¹「¹⁴²「¹⁴³「¹⁴⁴「¹⁴⁵「¹⁴⁶「¹⁴⁷「¹⁴⁸「¹⁴⁹「¹⁵⁰「¹⁵¹「¹⁵²「¹⁵³「¹⁵⁴「¹⁵⁵「¹⁵⁶「¹⁵⁷「¹⁵⁸「¹⁵⁹「¹⁶⁰「¹⁶¹「¹⁶²「¹⁶³「¹⁶⁴「¹⁶⁵「¹⁶⁶「¹⁶⁷「¹⁶⁸「¹⁶⁹「¹⁷⁰「¹⁷¹「¹⁷²「¹⁷³「¹⁷⁴「¹⁷⁵「¹⁷⁶「¹⁷⁷「¹⁷⁸「¹⁷⁹「¹⁸⁰「¹⁸¹「¹⁸²「¹⁸³「¹⁸⁴「¹⁸⁵「¹⁸⁶「¹⁸⁷「¹⁸⁸「¹⁸⁹「¹⁹⁰「¹⁹¹「¹⁹²「¹⁹³「¹⁹⁴「¹⁹⁵「¹⁹⁶「¹⁹⁷「¹⁹⁸「¹⁹⁹「²⁰⁰「²⁰¹「²⁰²「²⁰³「²⁰⁴「²⁰⁵「²⁰⁶「²⁰⁷「²⁰⁸「²⁰⁹「²¹⁰「²¹¹「²¹²「²¹³「²¹⁴「²¹⁵「²¹⁶「²¹⁷「²¹⁸「²¹⁹「²²⁰「²²¹「²²²「²²³「²²⁴「²²⁵「²²⁶「²²⁷「²²⁸「²²⁹「²³⁰「²³¹「²³²「²³³「²³⁴「²³⁵「²³⁶「²³⁷「²³⁸「²³⁹「²⁴⁰「²⁴¹「²⁴²「²⁴³「²⁴⁴「²⁴⁵「²⁴⁶「²⁴⁷「²⁴⁸「²⁴⁹「²⁵⁰「²⁵¹「²⁵²「²⁵³「²⁵⁴「²⁵⁵「²⁵⁶「²⁵⁷「²⁵⁸「²⁵⁹「²⁶⁰「²⁶¹「²⁶²「²⁶³「²⁶⁴「²⁶⁵「²⁶⁶「²⁶⁷「²⁶⁸「²⁶⁹「²⁷⁰「²⁷¹「²⁷²「²⁷³「²⁷⁴「²⁷⁵「²⁷⁶「²⁷⁷「²⁷⁸「²⁷⁹「²⁸⁰「²⁸¹「²⁸²「²⁸³「²⁸⁴「²⁸⁵「²⁸⁶「²⁸⁷「²⁸⁸「²⁸⁹「²⁹⁰「²⁹¹「²⁹²「²⁹³「²⁹⁴「²⁹⁵「²⁹⁶「²⁹⁷「²⁹⁸「²⁹⁹「³⁰⁰「³⁰¹「³⁰²「³⁰³「³⁰⁴「³⁰⁵「³⁰⁶「³⁰⁷「³⁰⁸「³⁰⁹「³¹⁰「³¹¹「³¹²「³¹³「³¹⁴「³¹⁵「³¹⁶「³¹⁷「³¹⁸「³¹⁹「³²⁰「³²¹「³²²「³²³「³²⁴「³²⁵「³²⁶「³²⁷「³²⁸「³²⁹「³³⁰「³³¹「³³²「³³³「³³⁴「³³⁵「³³⁶「³³⁷「³³⁸「³³⁹「³⁴⁰「³⁴¹「³⁴²「³⁴³「³⁴⁴「³⁴⁵「³⁴⁶「³⁴⁷「³⁴⁸「³⁴⁹「³⁵⁰「³⁵¹「³⁵²「³⁵³「³⁵⁴「³⁵⁵「³⁵⁶「³⁵⁷「³⁵⁸「³⁵⁹「³⁶⁰「³⁶¹「³⁶²「³⁶³「³⁶⁴「³⁶⁵「³⁶⁶「³⁶⁷「³⁶⁸「³⁶⁹「³⁷⁰「³⁷¹「³⁷²「³⁷³「³⁷⁴「³⁷⁵「³⁷⁶「³⁷⁷「³⁷⁸「³⁷⁹「³⁸⁰「³⁸¹「³⁸²「³⁸³「³⁸⁴「³⁸⁵「³⁸⁶「³⁸⁷「³⁸⁸「³⁸⁹「³⁹⁰「³⁹¹「³⁹²「³⁹³「³⁹⁴「³⁹⁵「³⁹⁶「³⁹⁷「³⁹⁸「³⁹⁹「⁴⁰⁰「⁴⁰¹「⁴⁰²「⁴⁰³「⁴⁰⁴「⁴⁰⁵「⁴⁰⁶「⁴⁰⁷「⁴⁰⁸「⁴⁰⁹「⁴¹⁰「⁴¹¹「⁴¹²「⁴¹³「⁴¹⁴「⁴¹⁵「⁴¹⁶「⁴¹⁷「⁴¹⁸「⁴¹⁹「⁴²⁰「⁴²¹「⁴²²「⁴²³「⁴²⁴「⁴²⁵「⁴²⁶「⁴²⁷「⁴²⁸「⁴²⁹「⁴³⁰「⁴³¹「⁴³²「⁴³³「⁴³⁴「⁴³⁵「⁴³⁶「⁴³⁷「⁴³⁸「⁴³⁹「⁴⁴⁰「⁴⁴¹「⁴⁴²「⁴⁴³「⁴⁴⁴「⁴⁴⁵「⁴⁴⁶「⁴⁴⁷「⁴⁴⁸「⁴⁴⁹「⁴⁵⁰「⁴⁵¹「⁴⁵²「⁴⁵³「⁴⁵⁴「⁴⁵⁵「⁴⁵⁶「⁴⁵⁷「⁴⁵⁸「⁴⁵⁹「⁴⁶⁰「⁴⁶¹「⁴⁶²「⁴⁶³「⁴⁶⁴「⁴⁶⁵「⁴⁶⁶「⁴⁶⁷「⁴⁶⁸「⁴⁶⁹「⁴⁷⁰「⁴⁷¹「⁴⁷²「⁴⁷³「⁴⁷⁴「⁴⁷⁵「⁴⁷⁶「⁴⁷⁷「⁴⁷⁸「⁴⁷⁹「⁴⁸⁰「⁴⁸¹「⁴⁸²「⁴⁸³「⁴⁸⁴「⁴⁸⁵「⁴⁸⁶「⁴⁸⁷「⁴⁸⁸「⁴⁸⁹「⁴⁹⁰「⁴⁹¹「⁴⁹²「⁴⁹³「⁴⁹⁴「⁴⁹⁵「⁴⁹⁶「⁴⁹⁷「⁴⁹⁸「⁴⁹⁹「⁵⁰⁰「⁵⁰¹「⁵⁰²「⁵⁰³「⁵⁰⁴「⁵⁰⁵「⁵⁰⁶「⁵⁰⁷「⁵⁰⁸「⁵⁰⁹「⁵¹⁰「⁵¹¹「⁵¹²「⁵¹³「⁵¹⁴「⁵¹⁵「⁵¹⁶「⁵¹⁷「⁵¹⁸「⁵¹⁹「⁵²⁰「⁵²¹「⁵²²「⁵²³「⁵²⁴「⁵²⁵「⁵²⁶「⁵²⁷「⁵²⁸「⁵²⁹「⁵³⁰「⁵³¹「⁵³²「⁵³³「⁵³⁴「⁵³⁵「⁵³⁶「⁵³⁷「⁵³⁸「⁵³⁹「⁵⁴⁰「⁵⁴¹「⁵⁴²「⁵⁴³「⁵⁴⁴「⁵⁴⁵「⁵⁴⁶「⁵⁴⁷「⁵⁴⁸「⁵⁴⁹「⁵⁵⁰「⁵⁵¹「⁵⁵²「⁵⁵³「⁵⁵⁴「⁵⁵⁵「⁵⁵⁶「⁵⁵⁷「⁵⁵⁸「⁵⁵⁹「⁵⁶⁰「⁵⁶¹「⁵⁶²「⁵⁶³「⁵⁶⁴「⁵⁶⁵「⁵⁶⁶「⁵⁶⁷「⁵⁶⁸「⁵⁶⁹「⁵⁷⁰「⁵⁷¹「⁵⁷²「⁵⁷³「⁵⁷⁴「⁵⁷⁵「⁵⁷⁶「⁵⁷⁷「⁵⁷⁸「⁵⁷⁹「⁵⁸⁰「⁵⁸¹「⁵⁸²「⁵⁸³「⁵⁸⁴「⁵⁸⁵「⁵⁸⁶「⁵⁸⁷「⁵⁸⁸「⁵⁸⁹「⁵⁹⁰「⁵⁹¹「⁵⁹²「⁵⁹³「⁵⁹⁴「⁵⁹⁵「⁵⁹⁶「⁵⁹⁷「⁵⁹⁸「⁵⁹⁹「⁶⁰⁰「⁶⁰¹「⁶⁰²「⁶⁰³「⁶⁰⁴「⁶⁰⁵「⁶⁰⁶「⁶⁰⁷「⁶⁰⁸「⁶⁰⁹「⁶¹⁰「⁶¹¹「⁶¹²「⁶¹³「⁶¹⁴「⁶¹⁵「⁶¹⁶「⁶¹⁷「⁶¹⁸「⁶¹⁹「⁶²⁰「⁶²¹「⁶²²「⁶²³「⁶²⁴「⁶²⁵「⁶²⁶「⁶²⁷「⁶²⁸「⁶²⁹「⁶³⁰「⁶³¹「⁶³²「⁶³³「⁶³⁴「⁶³⁵「⁶³⁶「⁶³⁷「⁶³⁸「⁶³⁹「⁶⁴⁰「⁶⁴¹「⁶⁴²「⁶⁴³「⁶⁴⁴「⁶⁴⁵「⁶⁴⁶「⁶⁴⁷「⁶⁴⁸「⁶⁴⁹「⁶⁵⁰「⁶⁵¹「⁶⁵²「⁶⁵³「⁶⁵⁴「⁶⁵⁵「⁶⁵⁶「⁶⁵⁷「⁶⁵⁸「⁶⁵⁹「⁶⁶⁰「⁶⁶¹「⁶⁶²「⁶⁶³「⁶⁶⁴「⁶⁶⁵「⁶⁶⁶「⁶⁶⁷「⁶⁶⁸「⁶⁶⁹「⁶⁷⁰「⁶⁷¹「⁶⁷²「⁶⁷³「⁶⁷⁴「⁶⁷⁵「⁶⁷⁶「⁶⁷⁷「⁶⁷⁸「⁶⁷⁹「⁶⁸⁰「⁶⁸¹「⁶⁸²「⁶⁸³「⁶⁸⁴「⁶⁸⁵「⁶⁸⁶「⁶⁸⁷「⁶⁸⁸「⁶⁸⁹「⁶⁹⁰「⁶⁹¹「⁶⁹²「⁶⁹³「⁶⁹⁴「⁶⁹⁵「⁶⁹⁶「⁶⁹⁷「⁶⁹⁸「⁶⁹⁹「⁷⁰⁰「⁷⁰¹「⁷⁰²「⁷⁰³「⁷⁰⁴「⁷⁰⁵「⁷⁰⁶「⁷⁰⁷「⁷⁰⁸「⁷⁰⁹「⁷¹⁰「⁷¹¹「⁷¹²「⁷¹³「⁷¹⁴「⁷¹⁵「⁷¹⁶「⁷¹⁷「⁷¹⁸「⁷¹⁹「⁷²⁰「⁷²¹「⁷²²「⁷²³「⁷²⁴「⁷²⁵「⁷²⁶「⁷²⁷「⁷²⁸「⁷²⁹「⁷³⁰「⁷³¹「⁷³²「⁷³³「⁷³⁴「⁷³⁵「⁷³⁶「⁷³⁷「⁷³⁸「⁷³⁹「⁷⁴⁰「⁷⁴¹「⁷⁴²「⁷⁴³「⁷⁴⁴「⁷⁴⁵「⁷⁴⁶「⁷⁴⁷「⁷⁴⁸「⁷⁴⁹「⁷⁵⁰「⁷⁵¹「⁷⁵²「⁷⁵³「⁷⁵⁴「⁷⁵⁵「⁷⁵⁶「⁷⁵⁷「⁷⁵⁸「⁷⁵⁹「⁷⁶⁰「⁷⁶¹「⁷⁶²「⁷⁶³「⁷⁶⁴「⁷⁶⁵「⁷⁶⁶「⁷⁶⁷「⁷⁶⁸「⁷⁶⁹「⁷⁷⁰「⁷⁷¹「⁷⁷²「⁷⁷³「⁷⁷⁴「⁷⁷⁵「⁷⁷⁶「⁷⁷⁷「⁷⁷⁸「⁷⁷⁹「⁷⁸⁰「⁷⁸¹「⁷⁸²「⁷⁸³「⁷⁸⁴「⁷⁸⁵「⁷⁸⁶「⁷⁸⁷「⁷⁸⁸「⁷⁸⁹「⁷⁹⁰「⁷⁹¹「⁷⁹²「⁷⁹³「⁷⁹⁴「⁷⁹⁵「⁷⁹⁶「⁷⁹⁷「⁷⁹⁸「⁷⁹⁹「⁸⁰⁰「⁸⁰¹「⁸⁰²「⁸⁰³「⁸⁰⁴「⁸⁰⁵「⁸⁰⁶「⁸⁰⁷「⁸⁰⁸「⁸⁰⁹「⁸¹⁰「⁸¹¹「⁸¹²「⁸¹³「⁸¹⁴「⁸¹⁵「⁸¹⁶「⁸¹⁷「⁸¹⁸「⁸¹⁹「⁸²⁰「⁸²¹「⁸²²「⁸²³「⁸²⁴「⁸²⁵「⁸²⁶「⁸²⁷「⁸²⁸「⁸²⁹「⁸³⁰「⁸³¹「⁸³²「⁸³³「⁸³⁴「⁸³⁵「⁸³⁶「⁸³⁷「⁸³⁸「⁸³⁹「⁸⁴⁰「⁸⁴¹「⁸⁴²「⁸⁴³「⁸⁴⁴「⁸⁴⁵「⁸⁴⁶「⁸⁴⁷「⁸⁴⁸「⁸⁴⁹「⁸⁵⁰「⁸⁵¹「⁸⁵²「⁸⁵³「⁸⁵⁴「⁸⁵⁵「⁸⁵⁶「⁸⁵⁷「⁸⁵⁸「⁸⁵⁹「⁸⁶⁰「⁸⁶¹「⁸⁶²「⁸⁶³「⁸⁶⁴「⁸⁶⁵「⁸⁶⁶「⁸⁶⁷「⁸⁶⁸「⁸⁶⁹「⁸⁷⁰「⁸⁷¹「⁸⁷²「⁸⁷³「⁸⁷⁴「⁸⁷⁵「⁸⁷⁶「⁸⁷⁷「⁸⁷⁸「⁸⁷⁹「⁸⁸⁰「⁸⁸¹「⁸⁸²「⁸⁸³「⁸⁸⁴「⁸⁸⁵「⁸⁸⁶「⁸⁸⁷「⁸⁸⁸「⁸⁸⁹「⁸⁹⁰「⁸⁹¹「⁸⁹²「⁸⁹³「⁸⁹⁴「⁸⁹⁵「⁸⁹⁶「⁸⁹⁷「⁸⁹⁸「⁸⁹⁹「⁹⁰⁰「⁹⁰¹「⁹⁰²「⁹⁰³「⁹⁰⁴「⁹⁰⁵「⁹⁰⁶「⁹⁰⁷「⁹⁰⁸「⁹⁰⁹「⁹¹⁰「⁹¹¹「⁹¹²「⁹¹³「⁹¹⁴「⁹¹⁵「⁹¹⁶「⁹¹⁷「⁹¹⁸「⁹¹⁹「⁹²⁰「⁹²¹「⁹²²「⁹²³「⁹²⁴「⁹²⁵「⁹²⁶「⁹²⁷「⁹²⁸「⁹²⁹「⁹³⁰「⁹³¹「⁹³²「⁹³³「⁹³⁴「⁹³⁵「⁹³⁶「⁹³⁷「⁹³⁸「⁹³⁹「⁹⁴⁰「⁹⁴¹「⁹⁴²「⁹⁴³「⁹⁴⁴「⁹⁴⁵「⁹⁴⁶「⁹⁴⁷「⁹⁴⁸「⁹⁴⁹「⁹⁵⁰「⁹⁵¹「⁹⁵²「⁹⁵³「⁹⁵⁴「⁹⁵⁵「⁹⁵⁶「⁹⁵⁷「⁹⁵⁸「⁹⁵⁹「⁹⁶⁰「⁹⁶¹「⁹⁶²「⁹⁶³「⁹⁶⁴「⁹⁶⁵「⁹⁶⁶「⁹⁶⁷「⁹⁶⁸「⁹⁶⁹「⁹⁷⁰「⁹⁷¹「⁹⁷²「⁹⁷³「⁹⁷⁴「⁹⁷⁵「⁹⁷⁶「⁹⁷⁷「⁹⁷⁸「⁹⁷⁹「⁹⁸⁰「⁹⁸¹「⁹⁸²「⁹⁸³「⁹⁸⁴「⁹⁸⁵「⁹⁸⁶「⁹⁸⁷「⁹⁸⁸「⁹⁸⁹「⁹⁹⁰「⁹⁹¹「⁹⁹²「⁹⁹³「⁹⁹⁴「⁹⁹⁵「⁹⁹⁶「⁹⁹⁷「⁹⁹⁸「⁹⁹⁹「¹⁰⁰⁰「¹⁰⁰¹「¹⁰⁰²「¹⁰⁰³「¹⁰⁰⁴「¹⁰⁰⁵「¹⁰⁰⁶「¹⁰⁰⁷「¹⁰⁰⁸「¹⁰⁰⁹「¹⁰¹⁰「¹⁰¹¹「¹⁰¹²「¹⁰¹³「¹⁰¹⁴「¹⁰¹⁵「¹⁰¹⁶「¹⁰¹⁷「¹⁰¹⁸「¹⁰¹⁹「¹⁰²⁰「¹⁰²¹「¹⁰²²「¹⁰²³「¹⁰²⁴「¹⁰²⁵「¹⁰²⁶「¹⁰²⁷「¹⁰²⁸「¹⁰²⁹「¹⁰³⁰「¹⁰³¹「¹⁰³²「¹⁰³³「¹⁰³⁴「¹⁰³⁵「¹⁰³⁶「¹⁰³⁷「¹⁰³⁸「¹⁰³⁹「¹⁰⁴⁰「¹⁰⁴¹「¹⁰⁴²「¹⁰⁴³「¹⁰⁴⁴「¹⁰⁴⁵「¹⁰⁴⁶「¹⁰⁴⁷「¹⁰⁴⁸「¹⁰⁴⁹「¹⁰⁵⁰「¹⁰⁵¹「¹⁰⁵²「¹⁰⁵³「¹⁰⁵⁴「¹⁰⁵⁵「¹⁰⁵⁶「¹⁰⁵⁷「¹⁰⁵⁸「¹⁰⁵⁹「¹⁰⁶⁰「¹⁰⁶¹「¹⁰⁶²「¹⁰⁶³「¹⁰⁶⁴「¹⁰⁶⁵「¹⁰⁶⁶「¹⁰⁶⁷「¹⁰⁶⁸「¹⁰⁶⁹「¹⁰⁷⁰「¹⁰⁷¹「¹⁰⁷²「¹⁰⁷³「¹⁰⁷⁴「¹⁰⁷⁵「¹⁰⁷⁶「¹⁰⁷⁷「¹⁰⁷⁸「¹⁰⁷⁹「¹⁰⁸⁰「¹⁰⁸¹「¹⁰⁸²「¹⁰⁸³「¹⁰⁸⁴「¹⁰⁸⁵「¹⁰⁸⁶「¹⁰⁸⁷「¹⁰⁸⁸「¹⁰⁸⁹「¹⁰⁹⁰「¹⁰⁹¹「¹⁰⁹²「¹⁰⁹³「¹⁰⁹⁴「¹⁰⁹⁵「¹⁰⁹⁶「¹⁰⁹⁷「¹⁰⁹⁸「¹⁰⁹⁹「¹¹⁰⁰「¹¹⁰¹「¹¹⁰²「¹¹⁰³「¹¹⁰⁴「¹¹⁰⁵「¹¹⁰⁶「¹¹⁰⁷「¹¹⁰⁸「¹¹⁰⁹「¹¹¹⁰「¹¹¹¹「¹¹¹²「¹¹¹³「¹¹¹⁴「¹¹¹⁵「¹¹¹⁶「¹¹¹⁷「¹¹¹⁸「¹¹¹⁹「¹¹²⁰「¹¹²¹「¹¹²²「¹¹²³「¹¹²⁴「¹¹²⁵「¹¹²⁶「¹¹²⁷「¹¹²⁸「¹¹²⁹「¹¹³⁰「¹¹³¹「¹¹³²「¹¹³³「¹¹³⁴「¹¹

下1 cm., 且ツ之ト平行ナル皮切約4 cmヲ加ヘ皮下脂肪組織中ニ存スル腫瘤ヲ容易ニ剔出セリ。腫瘤ハ赤褐色ヲ呈シ、剖面ヲ與フレバ血液ニ富ミ、中心部ハ既ニ壊死ニ陥レリ。

組織學的所見：1) 左側拇指頭大腫瘤(附圖第3圖及第4圖參照)。腫瘍細胞ハ結締織索ノ分歧錯綜ニ依リ粗大分野ニ區劃セラル。各分野ハ著明ナル胞巢狀造構ヲ示ス。其ノ間質ヲナスモノハ毛細血管ニシテ、腫瘍細胞ハ圓形、橢圓形等ノ集簇ヲナシ、或ハ2乃至3列ニ並列シタル細長ノ細胞束ヲナス。此等各細胞群間ニ間質毛細血管ヲ網狀ヲナシテ圍繞セリ。腫瘍細胞ハ一般ニ大小不同ノ多角形ニシテ、又毛細血管ニ直接スル所ニアリテハ圓柱狀ニ近キモノアリ。又稀ニ著シク大ナル細胞アリ、原形質ハ細胞顆粒狀ヲナシ、淡紅染シ、細胞體ニハ空胞ノ形成ヲ見ルコト稀ナラズ。核ハ圓形ナルモノ多キモ、又橢圓形成ハ腎臟形成等ヲナスモノアリ。クロマチン量ニ甚ダ富メルモノト、中等度ノモノトアリ。核小體ハ一般ニ認メ難シ。核分裂像ハ比較的多數認メラレ、單星期ノモノ多キモ亦双星期ノモノモ認メラル。腫瘍組織内間質結締織ノ發育ハ、粗大分野ヲナス結締織索以外ニハ甚ダ少量ニシテ、僅カニ毛細管ニ伴ハレ胞巢ヲ境スル薄壁ヲナスニ過ギズ。コノ狀態ハGitterfaser染色法ニヨリ更ニ明ラカニセラレタリ。所々限局性ニ、著シク擴張シテ充血狀ヲ呈スル所アリ。腫瘍細胞間纖維物質ハ殆ンド認メラレズ。出血竈ハ此ノ切片標本ニハ認メラレズ。特殊染色ニ依リ、原形質内ニ Glykogen 顆粒及ビLipoid 顆粒證明セラレタリ。

上記組織像ハ最切 Grawitz¹⁰⁾ガ發表セル Struma suprarenalis aberrataノ特徴ヲ具備シ、且ツ Lubarsch^{15), 16)}ガ定型的 Hypernephrom トシテ記載セル像ニ一致ス。

2) 右側囊樣腫瘤(附圖第5圖參照)。腫瘤ノ壁ヲ檢鏡スルニ、大部分結締織ヨリ成リ、細胞成分ニ乏シク所々ニ壊死竈ヲ見ル。壊死竈ハ圓形乃至橢圓形成ハ紡錘狀ヲ呈シ、周邊部ニハ細胞ガ並列殘存セリ。細胞ノ一部ハ既ニ壊死ニ陥リテ核物質遊出シ、壊死ハ中心ニ到ル程著明トナリ、細胞成分僅カトナル。周邊部ノ比較的良好保存セラレタル細胞ニアリテハ、原形質ハ細胞顆粒狀ヲ呈シ、淡紅染シ、核ハ圓形乃至橢圓形ヲ呈シ濃染セリ。

上記組織像ハ壊死強度ニシテ、此ノ標本ノミヨリ確定的診斷ハ困難ナルモ、前述1)ノ組織像ト比較對照スルニ相關々係ノ存スルヲ知ル。

Hypernephrom ハ中心壊死ノ傾向強ク、壊死ノ結果結締織ヨリ成ル壁ニ包マレタル囊樣腫瘤ヲ作ルト言フ臨床的事實(Lubarsch^{15), 16)}ヲ照合スレバ、上記囊樣腫瘤ハ Hypernephrom ノ中心壊死強度ニシテ、ソノ壊死物質ヲ内容トセル囊樣腫瘤ヲ形成シタルモノナルコトヲ知ルベシ。

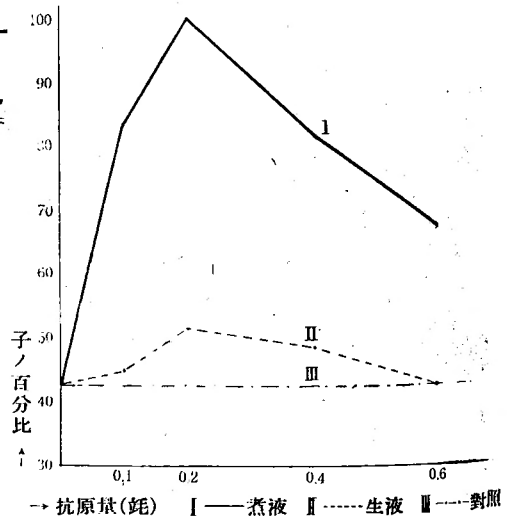
生物學的検査：左側皮膚轉移ノ「リムベヂン」現象ハ強陽性ナリ(第3表參照)。

第3表 本原癌ノ「リムベヂン」

抗原量 (鉍)	生				煮				對照
	0,1	0,2	0,4	0,6	0,1	0,2	0,4	0,6	
喰	10	12	12	10	20	24	20	16	10
菌	13	16	14	12	25	30	24	19	12
子	23	28	26	22	45	54	44	35	22
子ノ 百分比	44,6	51,8	48,1	42,5	83,3	100	81,6	66,6	42,5

骨髓像：勝沼内科日比野氏等ノ考案セル骨髓穿刺器ニ依リ胸骨穿刺ヲ行ヒ、Myelogrammヲ作製セリ(第4表參照)。其ノ成績ヲ通覽スルニ著明ナル Neutropoeseノ昂進及ビ Plasmazytoseヲ見ル。

術後兩側腎盂撮影：(附圖第6圖參照)。右腎及右輸尿管ノ壓排狀態消失セリ。

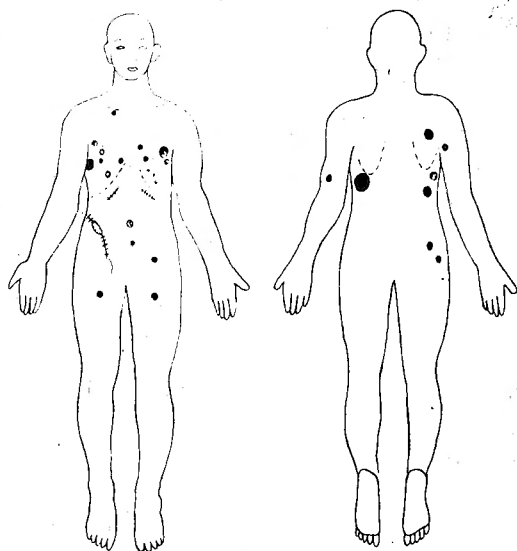


第4表 骨髓像

Datum		6/IV		
Erythrozyten		380×10 ⁴		
Hämoglobin (Sahli)		68		
Farbenindex		0.89		
Reticulozyten				
Kernhaltige Blutkörperchen		117,400		
Arten der Zellen		%		
Megakoblasten	Basophil.	0	0	8.6
	Polychrom.	0		
	Orthochrom.	0		
Makroblasten	Basophil.	0.3	3.8	
	Polychrom.	3.4		
	Orthochrom.	0.1		
Normoblasten	Basophil	0	4.8	
	Polychrom.	4.8		
	Orthochrom.	0		
Myeloblasten	Makro.	1.0	1.0	
	Mikro.	0		
	Patholog.	0		
Basophile	Promyelo.	0	0.6	
	Myelozyten	0.2		
	Metamyelo.	0.4		
	Stab.	0		
	Segment.	0		
Eosinophile	Promyelo.	0	1.2	67.0
	Myelozyten	1.0		
	Metamyelo.	0		
	Stab.	0.2		
	Segment.	0		
Neutrophile	Promyelo.	1.0	64.2	
	Myelozyten	19.6		
	Metamyelo.	11.8		
	Stab.	19.2		
	Segment.	9.2		
Uebersegment		3.4		
Monozyten		0.4		
Lymphozyten		12.0		
Megakaryozyten	Unreif	0.4		
	Reif			
	Patholog.			
Plasmazellen		11.6		
Retikulumzellen				
Endothel				

術後發生セル多數ノ皮膚轉移: 術後經過良好ニシテ
全身狀態モ佳良トナリタルモ, 術後9日目ニ右肋骨弓
下皮下ニ小指頭大ノ轉移生セルヲ見出セリ。剔出シテ
檢鏡スレバ定型的 Hypernephromノ像ヲ示ス。續イテ
胸部, 脊部, 上肢ノ皮下ニ多數ノ轉移ヲ生ジタリ。其
ノ大サハ豌豆大乃至示指頭大ニシテ, 術後第12日目ニ
ハ7ヶ, 20日目ニハ21ヶト逐次増加シ死亡直前ニハ35ヶ
ヲ算シタリ(第2圖參照)。轉移ノ發現ト共ニ全身狀態
モ次第ニ不良トナリ, 術後32日目遂ニ死亡シタルナリ。
肺臓, 脊椎, 骨盤等ニハレ線檢査上轉移ヲ證明セズ。

第2圖 皮膚轉移ノ狀態(6月20日所見)



腹部剖檢所見: 腹腔ニ腹水ヲ證明セズ, 大網ハ上方
ニ纏轉セリ。腹部臓器ノ殆ンド凡テニ粟粒大ノ轉移ヲ
見出セリ(附圖第7圖, 第8圖參照)。即肝, 膽囊, 小
腸, 腸間膜等ニ粟粒大ノ轉移多數アリ, 腹膜ノ轉移モ
亦著明ナリ。膀胱, 卵巣, 子宮, 胃ニハ轉移ヲ認メザリキ。後腹膜腔ニ於テハ, 左右腎何レモ前後ニ輕ク傾
斜セルモ, 位置ハ正常ナリ。表面ニ粟粒大ノ轉移多數アリテ, 剖面ヲ與フルニ, 腎實質中ニモ小轉移ヲ認メ
得タリ。サレド腎盂ニハ著變無シ。左右副腎, 輸尿管ニハ轉移ヲ認メズシテ正常ナリ。下大空靜脈幹及總腸
骨靜脈ニ沿ヒテ, 拇指頭大ノ淋巴腺腫脹多數アリテ, 其ノ内部ハ既ニ死ニ陥ル。脾ハ稍々硬ク觸ルルモ轉
移無ク, 脾ニモ轉移ヲ證明セズ。各臓器轉移ニ就キ夫々組織學的檢査ヲ行ヒタルガ, 何レモ Hypernephrom
ノ像ヲ呈セリ。

第3章 考 察

本例ハ, 56歳ノ女性右側後腹膜腔ニ發生セル小兒頭大囊様腫瘍並ニ皮膚轉移ニ就キテ, 組織
學的檢査ヲ行ヒ, 初メテソノ Hypernephrom タルヲ知り得タル症例ナリ。而モ現病歴, 臨床的
諸檢査, 手術並ニ剖檢所見ヨリ, 右側後腹膜腔ニ生ジタル腫瘍ガ原發ニシテ, 良性腫瘍トシテ

徐々ニ發育シ、約15年ヲ經テ最近惡性化シ、多數ノ轉移ヲ生ゼルモノト推察セラル。

Hypernephrom ノ多クハ腎ニ發生シ、後腹膜腔ニ生ズルコト極メテ稀ナリ(第5表参照)。

Hypernephrom = 就キテハ Grawitz¹⁰⁾ノ創見の論文ノ發表以來之ガ研究相次イデ現ハレ、且ツ詳細ヲ極メ、形態學の方面ヨリ更ニ進シデ、或ハ生化學的ニ、或ハ動物實驗の尙ホ比較病理解剖學の方面ニ迄及ビテ盡サレタル觀アリ。而シテ腎臟ノ Hypernephrom 様腫瘍ノ發生ニ就キテハ、今日迄 Grawitz 一派ノ副腎迷芽說、Störk 一派ノ既成細尿管炎性機轉說、Sisson²¹⁾等ノ腎臟ノ胎生の組織胚芽說、Rost²²⁾等ノ副腎組織及細尿管ノ混合迷入說、Wilson and Willis, Wolff 氏體遺殘迷入說、We u. Wo, Gerlach⁹⁾等ノ副腎及腎組織ノ種々ナル分化程度ノ不完全發生畸形說アリテ、之ガ賛否又種々ニシテ論議ノ歸一スル所ヲ知ラズ。

Hypernephrom = 就キテハ、尙種々ナル方面ヨリ檢索ヲ要スベキモノ多々アリ。本邦ニ於テモ副腎腫瘍ニ關スル報告多數アレ共、精細且ツ完全ナル臨床記錄ハ極メテ寡シ。只河野氏^{41), 42)}ノ精細ナル組織學的研究ヲ舉ゲ得ルガ、余等ノ本症例ニ於テ觀察セラレタル Hypernephrom ノ組織像ハ、Lubarsch ノ定型的 Hypernephrom 像ヲ示シ、Lipoid 顆粒、Glykogen 顆粒等證明セラレタリ。併シ屢々發現スルト謂ハルル腺造構或ハ肉腫様像ハ認メラレザリキ。

本例ハ其ノ發生部位、組織學的所見、腹部剖檢所見ヨリシテ Lubarsch ノ Nebennebenniere ヨリ發生セルモノト推察シテ誤リナカルベシ。

轉移形成ハ主ニ血行ニ依ルモノナルガ、ソノ形成率ニ就キテノ報告ハ多ク組織學的檢索ヲ缺キ、不正確ナルヲ以ツテ、最モ信賴スルニ足ル Lubarsch¹⁵⁾ノモノヲ掲グベシ(第6表参照)。

本症例ノ如ク全身ニ播種様ニ轉移ノ發生ヲ見タルハ極メテ興味アルコトニシテ、之ハ主ニ血行性ニ行ハレタルガ、一部腹部淋巴腺ニ累々タル腫脹ヲ觀タルハ淋巴性轉移ヲ來セルモノナルベシ。

抑々腫瘍發生原因ニ關シテハ幾多ノ說アリテ、其ノ歸結スル所無キハ上述ノ如ケレドモ本例ニ於テ、剔出腫瘍ニ強度ノ「レームベゲン」勢力ノ保有サレ居ルコトヲ立證シ得タル事實ハ、コノ腫瘍ノ原因論ノ解決ニ向ツテツノ光明ヲ投

第5表 腫瘍ノ發生部位
(昭和12年志茂氏⁴³⁾ノ調査ニ
爾後ノ發表ヲ追加セリ)

原 發 部 位	本邦98例中
腎 臟	75
副 腎	7
甲 狀 腺	2
後 腹 膜	2
肝 臟	2

第6表 Lubarsch = 依ル轉移統計

肺	53	59.0%
淋 巴 腺	38	40.7%
骨	30	32.3%
肝	25	27.0%
腎	22	23.8%
肋 膜	19	20.4%
副 腎	16	17.2%
腹膜、大綱	12	13.0%
腦	8	8.6%
甲 狀 腺	6	6.4%
脾	4	4.3%
膵	2	2.1%
卵 巢	2	2.1%
腸	2	2.1%
貯 精 囊	2	2.1%
筋 肉	2	2.1%
心 臟	2	2.1%
咽 頭	1	1.0%
皮 膚	1	1.0%
胃	1	1.0%
腦 下 垂 體	1	1.0%
硬 腦 膜	1	1.0%

總計: 93(剖檢例)

ゲ與ヘタルモノト謂フベシ。蓋シ我々ノ教室ニ於テハ、鳥瀉名譽教授^{(50), (51)}指導ノ下ニ日高、松本、青柳^{(30), (31), (32)}、平尾⁽³⁷⁾、藤浪⁽³⁴⁾、山村、石野⁽⁴⁰⁾博士等ガ人間各種肉腫、家鶏・家兎肉腫ソノ他可移植性動物腫瘍等ニ「レイムペヂン」ノ存在スルコトヲ立證シ、此等腫瘍ノ發生原因ハ微生物タラザルベカラズト主張セリ。即チ「レイムペヂン」ハ原生動物以下ノ微生物性蛋白質體ニノミ保有セラル、勢力ナレバナリ。

故ニ本症例ニ於テ「レイムペヂン」ノ強陽性ナル事實ヨリ Hypernephrom ノ原因モ亦微生物ナルベシト此處ニ提唱スル次第ナリ。

本例ニ於テ骨髓ノ造血機能殊ニ Neutropoese ノ昂進、Plasmazytose ノ原因ガ腫瘍中ノ微生物或ハソノ產生スル毒素ノ刺激ニ依ルモノナリヤ否ヤニ就キテハ充分檢索シ得ザリシガ眞ニ遺憾ノ極ミナリ。

第4章 摘 要

1) 本症例ハ56歳ノ女性ノ右側後腹膜腔ニ、15年來發生セル小兒頭大ノ囊腫様腫瘍並ニソレガ皮膚轉移ニ就キ、各々組織學的檢索ヲ行ビテ初メテ定型的 Hypernephrom タルコトヲ知り、更ニ之ガ現病歴、臨床的諸檢査、手術及剖檢所見ヨリシテ、右側囊様腫瘍ガ原發ナリト推察シ得タルモノナリ。

2) Hypernephrom ハ多ク腎ニ發生シ、後腹膜腔ニ生ズルコト極メテ稀ナルモノナルガ、本例ニ於テハ術後播種様全身轉移ヲ來シ、ソノ發生狀態ヲ精細ニ觀察スルヲ得タリ。

3) 而モ本腫瘍ハ Lubarsch ノ言フ Nebennenniere ヨリ發生シタルモノト推察セラレタリ。

4) 本腫瘍ニ於テハ、「レイムペヂン」現象強陽性ニ立證サレタルガ、コレニヨリ本症ノ原因ハ微生物タルベシト提唱セントス。

附 圖 說 明

- 第1圖：レ線檢査像(腸管ト腫瘍トノ關係ヲ示ス)。
第2圖：レ線檢査像(輸尿管ト腫瘍トノ關係ヲ示ス)。
第3圖：腫瘍組織像第1。左側皮膚轉移。弱擴大。
第4圖：腫瘍組織像第2。同上。強擴大。
第5圖：腫瘍組織像。右側囊様腫瘍壁。強擴大。
第6圖：レ線檢査像(術後ノ輸尿管及ビ腎盂ノ狀態ヲ示ス)。
第7圖：剖檢所見(肝轉移ヲ示ス)。
第8圖：同 上(小腸及腸間膜轉移ヲ示ス)。

主 要 文 獻

- 1) Aschoff: Münchener Medicinische Wochenschrift, Nr. 47, S. 2496, 1910. 2) Aschoff: Pathologische Anatomie, Bd. II, 1923. Jena 3) Albert J. Trinkle: The Amer. Journ. of Cancer, Vol. 27, 1936. II, S. 676. 4) Askanzy: Ziegl. Beitr., Bd. 14, 33, 1893. 5) Busse: Virchow'sche Archiv, Bd. 157, S. 346 u. 377, 1899. 6) Beneke: Ziegl. Beitr., Bd. 24, 1898. 7) Birch-Hirschfeld: Ziegl. Beitr., Bd. 24, 1898. 8) Bankow, G.: Deutsch. med. Wochenschrift, 1931, 1746-1747. 9) Gerlach, We u. Wo: Ziegl. Beitr., Bd. 60, S. 383, 1915. 10) Grawitz:

- Virchow'sche Arch., Bd. 93, S. 39, 1883. 11) Gasparian, G. J.: Zeitschr. Urol. Chir., 1928, 24, 84-142. 12) Hymann, A.: Amer. Journ. Surg., 1928, 5, 120-127. 13) Ipsen: Ziegl. Beitr., Bd. 54, S. 39, 1883. 14) Kostenko: Deutsch. Zeitschr. f. kl. Chirurg., Bd. 112, S. 284, 1911. 15) Lubarsch: Handb. d. Spez. Path. An. u. Histolog., Bd. 6, T. I, S. 587, 1925. 16) Lubarsch: Virch. Arch., Bd. 137, S. 191, 1894. 17) Ljungren: Zeitschr. Urol., Sonderband, 1930, 136-141. 18) Kirschner u. Nordmann: Die Chirurgie II Aufl., Die Geschwülste in d. Chir., S. 113. 19) Lubarsch: Die Nierengewächse, Handb. d. sp. path. An. u. Histol., Berlin 1925, VI, T. I. 587-720. 20) Marschand: Virch. Arch., Bd. 92, S. 11. 21) Rosenfeld: Fr. Zeitschr. f. Patholog., Bd. 14, S. 151, 1913. 22) Rost: Virch. Arch., Bd. 208, S. 53, 1912. 23) Sabolotonow: Ziegl. Beitr., Bd. 41, S. 1. 24) Sisson: Ziegl. Beitr., Bd. 49, S. 476, 1910. 25) Schmidt: Zeitschr. Urol. Chir., 1927, 22; 306-356. 26) Warner: Arch. kl. Chir., 1927, 145, 347-363. 27) Wodsack: Beitr. kl. Chir., 1927, 139, 108-128. 28) Zehbe: Virch. Arch., Bd. 20, S. 150, 1910. 29) 青柳安誠: 日本外科寶函, 第7卷 附錄. 30) 青柳安誠: 日本外科寶函, 第7卷, 第2號. 31) 青柳安誠: 東京醫學會雜誌, 第44卷, 第6號. 32) 赤岩八郎: 臨床ノ皮膚泌尿ト其境域, 第3卷, 第5號. 33) 藤浪修一: 日本外科寶函, 第11卷, 第6號. 34) 藤浪修一: 東京醫學會雜誌, 第48卷, 第10號. 35) 原勇三: 日本外科學會雜誌, 第39回, 第2號. 36) 平尾猛: 日本外科寶函, 第10卷, 第4號. 37) 井上正久: 臨床內科學, 第7卷, 第1號. 38) 伊藤見: 滿洲醫學雜誌, 第30卷, 第4號. 39) 石野琢二郎: 日本外科寶函, 第61卷, 第3卷. 40) 河野敦信: 成醫會雜誌, 第487號. 41) 河野敦信: 成醫會雜誌, 第46卷, 第8號. 42) 川添三郎: 鹿兒島醫學會雜誌, 16年, 3號. 43) 上床治: 皮膚下泌尿, 第7卷, 第1號. 44) 加納魁一郎, 今井信吉: 皮膚科泌尿器科雜誌, 第45卷, 第2號. 45) 楠隆光: 皮膚科泌尿器科雜誌, 第45卷, 第2號. 46) 佐藤皐一: 日本外科學會雜誌, 第40回, 第3號. 47) 志茂正規: 岡山醫學會雜誌, 第49年, 第5號. 48) 田口茂夫: 日本外科學會雜誌, 第39回, 第10號. 49) Torikata, R.: Koktropräzipitinogene u. Koktoimmunogene, Bern 1917. 50) Torikata, R.: Die Impedinerscheinung, Jena 1930.

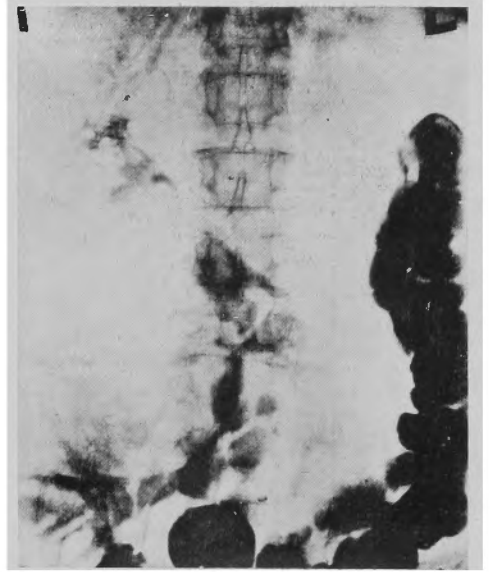
附記: 昭和12年以前ノ臨床例報告ニ就イテハ48) 志茂氏ノ論文ヲ參照セラレヨ。

渡邊論文附圖(I)

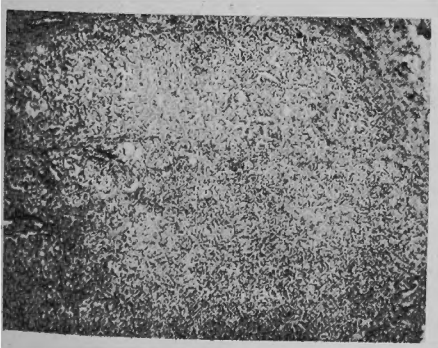
第 1 圖



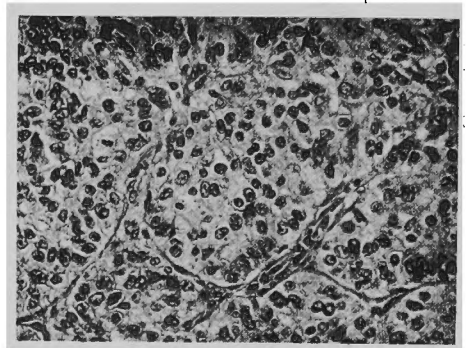
第 2 圖



第 3 圖

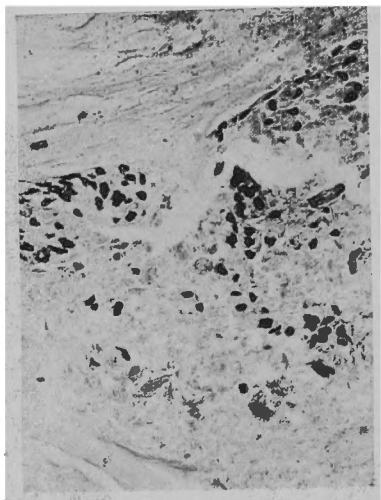


第 4 圖

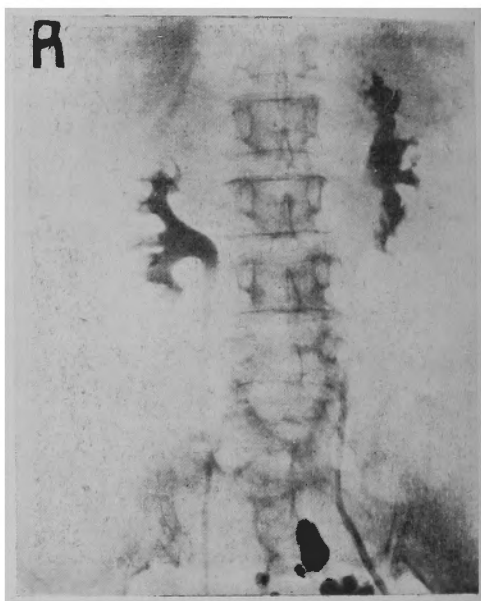


渡邊論文附圖 (II)

第 5 圖



第 6 圖



第 7 圖



第 8 圖

